

- 6) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 a vécu avec une personne qui les a abusé mentalement ou physiquement ?  
Non  Oui  Si oui, inscrivez le nom du membre du ménage.
- 7) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 est enceinte ?  
Non  Oui  Si oui, inscrivez le nom du membre du ménage.
- 8) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 souffre d'un état médical urgent ?  
Non  Oui  Si oui, inscrivez le nom du membre du ménage.



Faites parvenir une preuve, envoyez des copies de tous les documents ou papiers officiels que vous avez. Nous vous informerons si vous êtes toujours admissible à une couverture médicale de DSHS. Les informations que vous nous faites parvenir ne seront pas partagées avec INS (service d'immigration). Veuillez renvoyer ces questions et tous les documents que vous possédez dans l'enveloppe port payé dès que possible ou avant le 10 septembre 2002. Merci.

Medical Assistance Administration  
PO Box 45534  
Olympia WA 98504-5534



**REMARQUE IMPORTANTE :** Même si vous avez des documents, nous devons vérifier si vous êtes toujours admissible. Vous devriez quand même vous inscrire à Basic Health. Si nous vous informons que vous pouvez encore recevoir des bons médicaux de DSHS, vous pouvez arrêter votre inscription à Basic Health.

**Vous êtes-vous déjà inscrit à Basic Health ?**

Si vous ne vous êtes pas inscrit et que nous découvrirons que certains des membres de votre famille ne sont pas admissibles à une couverture médicale de DSHS, aimeriez-vous vous inscrire à Basic Health ?

Oui

Non

3

En cas de questions, veuillez téléphoner à votre bureau local de services communautaires (CSO). Si vous ne connaissez pas le numéro, composez le numéro sans frais 1-800-562-3022.



# Les soins médicaux de votre famille risquent de changer !

**Important !**  
Veuillez remplir et  
renvoyer avant  
le 10 septembre  
2002.



DSHS vous a fait parvenir une lettre au début juin pour vous informer que vous-même ou un membre de votre ménage risquait de perdre la couverture médicale de DSHS (bons médicaux) le 30 septembre 2002. Nous voulons savoir si vous désirez continuer à recevoir des bons médicaux de DSHS.

Les informations que nous détenons à votre sujet et au sujet de votre famille nous laissent croire que vous n'êtes pas admissibles à aucun autre programme médical. Pour vérifier si cela est le cas, nous avons besoin d'informations supplémentaires. Veuillez répondre aux questions (en pages 2 et 3) pour chaque personne nommée ci-dessous.

# Questions

Écrivez le *nom* de la personne indiquée en page 1 pour toute question qui est vraie pour cette personne. Assurez-vous d'inclure les informations même si vous les avez déjà fournies à votre bureau CSO (bureau de bien-être social). Envoyez des copies de tous les documents ou papiers officiels que vous avez en votre possession.

1) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 détient maintenant des papiers ou documents d'immigration ?

Non \_\_\_ Oui \_\_\_ Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage. Veuillez inclure la date où ce statut d'immigration a été reçu pour la première fois.

2) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 est née aux États-Unis ou sur un territoire américain (Îles vierges des États-Unis, Porto Rico, Guam, Samoa américaine, Île de Swain et les Îles Mariannes du Nord) ?

Non \_\_\_ Oui \_\_\_ Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage.

3) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 a un parent ou des parents qui sont devenus des citoyens américains ?

Non \_\_\_ Oui \_\_\_ Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage.

4) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 vivait aux États-Unis depuis une date *antérieure* au 22 août 1996 ?

Non \_\_\_ Oui \_\_\_ Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage. (Il n'est pas important de savoir si ces personnes sont venues avec ou sans papiers ou passeport.)

5) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 (ou leur conjoint ou parent) a servi dans les forces armées américaines ?

Non \_\_\_ Oui \_\_\_ Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage.

**Remarque :**  
Si vous avez besoin d'aide, veuillez téléphoner ou apporter ce formulaire à votre bureau CSO local. (Un bureau CSO est parfois appelé un bureau de bien-être social ou un bureau de services communautaires.)

6) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 (ou leur conjoint ou parent) a servi dans les forces armées américaines ?  
Non  Oui  Si oui, inscrivez le nom du membre du ménage.

7) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 est enceinte ?  
Non  Oui  Si oui, inscrivez le nom du membre du ménage.

8) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 souffre d'un état médical urgent ?  
Non  Oui  Si oui, inscrivez le nom du membre du ménage.



Faites parvenir une preuve, envoyez des copies de tous les documents ou papiers officiels que vous avez. Nous vous informerons si vous êtes toujours admissible à une couverture médicale de DSHS. Les informations que vous nous faites parvenir ne seront pas partagées avec INS (service d'immigration). Veuillez renvoyer ces questions et tous les documents que vous possédez dans l'enveloppe port payé dès que possible ou avant le 10 septembre 2002. Merci.

Medical Assistance Administration  
PO Box 45534  
Olympia WA 98504-5534



**REMARQUE IMPORTANTE :** Même si vous avez des documents, nous devons vérifier si vous êtes toujours admissible. Vous devriez quand même vous inscrire à Basic Health. Si nous vous informons que vous pouvez encore recevoir des bons médicaux de DSHS, vous pouvez arrêter votre inscription à Basic Health.

**Vous êtes-vous déjà inscrit à Basic Health ?**  
Si vous ne vous êtes pas inscrit et que nous découvrirons que certains des membres de votre famille ne sont pas admissibles à une couverture médicale de DSHS, aimeriez-vous vous inscrire à Basic Health ?

Oui

Non

3

En cas de questions, veuillez téléphoner à votre bureau local de services communautaires (CSO).  
Si vous ne connaissez pas le numéro, composez le numéro sans frais 1-800-562-3022.



# Les soins médicaux de votre famille risquent de changer !

**Important !**  
Veuillez remplir et  
renvoyer avant  
le 10 septembre  
2002.



DSHS vous a fait parvenir une lettre au début juin pour vous informer que vous-même ou un membre de votre ménage risquait de perdre la couverture médicale de DSHS (bons médicaux) le 30 septembre 2002. Nous voulons savoir si vous désirez continuer à recevoir des bons médicaux de DSHS.

Les informations que nous détenons à votre sujet et au sujet de votre famille nous laissent croire que vous n'êtes pas admissibles à aucun autre programme médical. Pour vérifier si cela est le cas, nous avons besoin d'informations supplémentaires. Veuillez répondre aux questions (en pages 2 et 3) pour chaque personne nommée ci-dessous.

# Questions

Écrivez le *nom* de la personne indiquée en page 1 pour toute question qui est vraie pour cette personne. Assurez-vous d'inclure les informations même si vous les avez déjà fournies à votre bureau CSO (bureau de bien-être social). Envoyez des copies de tous les documents ou papiers officiels que vous avez en votre possession.

1) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 détient maintenant des papiers ou documents d'immigration ?

Non  Oui  Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage. Veuillez inclure la date où ce statut d'immigration a été reçu pour la première fois.

2) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 vivait aux États-Unis depuis une date *antérieure* au 22 août 1996 ?

Non  Oui  Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage. (Il n'est pas important de savoir si ces personnes sont venues avec ou sans papiers ou passeport.)

3) Est-ce que des membres de la famille nommés en page 1 sont citoyens américains ?

Non  Oui  Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage.

4) Est-ce que des membres de la famille *non* nommés en page 1 sont citoyens américains ?

Non  Oui  Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage.

5) Est-ce qu'une des personnes nommées en page 1 a vécu avec une personne qui les a abusé mentalement ou physiquement ?

Non  Oui  Si *oui*, inscrivez le nom du membre du ménage.

Ont-ils présenté une demande pour des papiers d'immigration ?

Non  Oui

**Remarque :**  
Si vous avez besoin d'aide, veuillez téléphoner ou apporter ce formulaire à votre bureau CSO local. (Un bureau CSO est parfois appelé un bureau de bien-être social ou un bureau de services communautaires.)

## Statut auprès de l'INS et couverture médicale disponible

Vous avez reçu un avis indiquant que votre couverture médicale était sur le point de se terminer. Si vous faites partie du Groupe 1 ou 2 ci-dessous, veuillez contacter votre bureau local du CSO (bureau de services communautaires ou de bien-être social) pour leur donner des copies des documents vous permettant de conserver votre couverture médicale. **Si vous ne faites pas partie du Groupe 1 ou 2, veuillez remplir une demande d'inscription au programme Basic Health.**

### Groupe 1.

**Si votre statut auprès de l'INS correspond à l'un des statuts suivants, vous pouvez conserver votre couverture médicale de DSHS (peu importe le moment où vous êtes arrivé aux États-Unis).**

- Citoyens américains (y compris les enfants légitimes avec statut de résident permanent d'un citoyen) et résidents des territoires sous la tutelle des États-Unis (personnes nées en Samoa américaine, à l'île de Swain et les résidents des îles Mariannes du Nord)
- Asilé
- Réfugié
- Personnes à qui ont été accordées un refus de déportation ou un refus de départ
- Résidents permanents légitimes qui sont entrés en tant qu'américains
- Personnes entrées en tant que Cubains ou Haïtiens
- Américains nés au Canada mais qui ne sont pas citoyens américains

**REMARQUE :** Si vous êtes un asilé, un réfugié ou que vous êtes entré en tant que Cubain ou Haïtien, vous pouvez conserver votre couverture médicale même si vous devenez un résident permanent légitime.

### Groupes 2 et 3 au dos

## Statut auprès de l'INS et couverture médicale disponible (suite)

### Groupe 2.

**Vous pouvez conserver votre couverture médicale si votre statut est l'un des statuts suivants ET si vous êtes arrivé aux États-Unis avant le 22 août 1996. (Il n'est pas important de savoir si vous êtes venu avec ou sans documents ou un passeport.)**

- Résidents permanents légitimes
- Personnes ayant reçu une libération conditionnelle depuis au moins un an (personnes en liberté conditionnelle pour le bien commun)
- Personnes (et leurs enfants) qui ont présenté certaines demandes d'inscription à l'immigration et qui sont victimes de violence familiale
- Personnes qui sont entrées sous conditions (classification pour les réfugiés avant 1980, donc tous ceux entrés avant 8/22/96)

**REMARQUE :** Si vous êtes membre de l'un de ces groupes et que vous êtes également un membre ou un vétéran des forces armées américaines (y compris les conjoints et les enfants dépendants non mariés), vous pouvez conserver votre couverture médicale, peu importe l'endroit où vous êtes entré.

**ET :** Si vous êtes arrivé aux États-Unis le ou après le 22 août 1996, vous pouvez conserver votre couverture médicale si vous avez obtenu ce statut depuis au moins cinq ans.

### Groupe 3.

**Groupe 3.** Si vous n'avez pas l'un des statuts indiqués dans le Groupe 1 ou 2 (par exemple, vous êtes sans documents) vous ne pouvez pas bénéficier de la couverture médicale du DSHS après le 30 septembre. Veuillez vous inscrire auprès de Basic Health mais informez également le bureau de bien-être social (CSO) si vous avez une des situations suivantes :

- Vous êtes enceinte
- Vous avez une urgence médicale
- Vous êtes frappé(e) d'invalidité

